

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1959

THÈSE

N°

887

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Pierre CLAUD

Né le 13 Novembre 1933, à SAINT-GERMAIN-EN-LAYE (S.-&-O.)

présentée et soutenue publiquement le

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ASSOCIATION CANCER-TUBERCULOSE
AU NIVEAU DU MEME POUMON

Président : Monsieur KOURILSKY (Professeur)

D. P. TAIB

8. Rue Casimir Delavigne
PARIS VI^e

1959

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

--:-

Année 1959

N°

T H E S E

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

par

Pierre CLAUD

né le 13 novembre 1933 à Saint-Germain-en-Laye
(Seine & Oise)

--:-

Présentée et soutenue publiquement
le

--:-

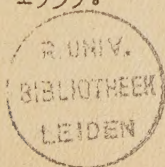
CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ASSOCIATION CANCER-TUBERCULOSE
AU NIVEAU DU MEME POU MON

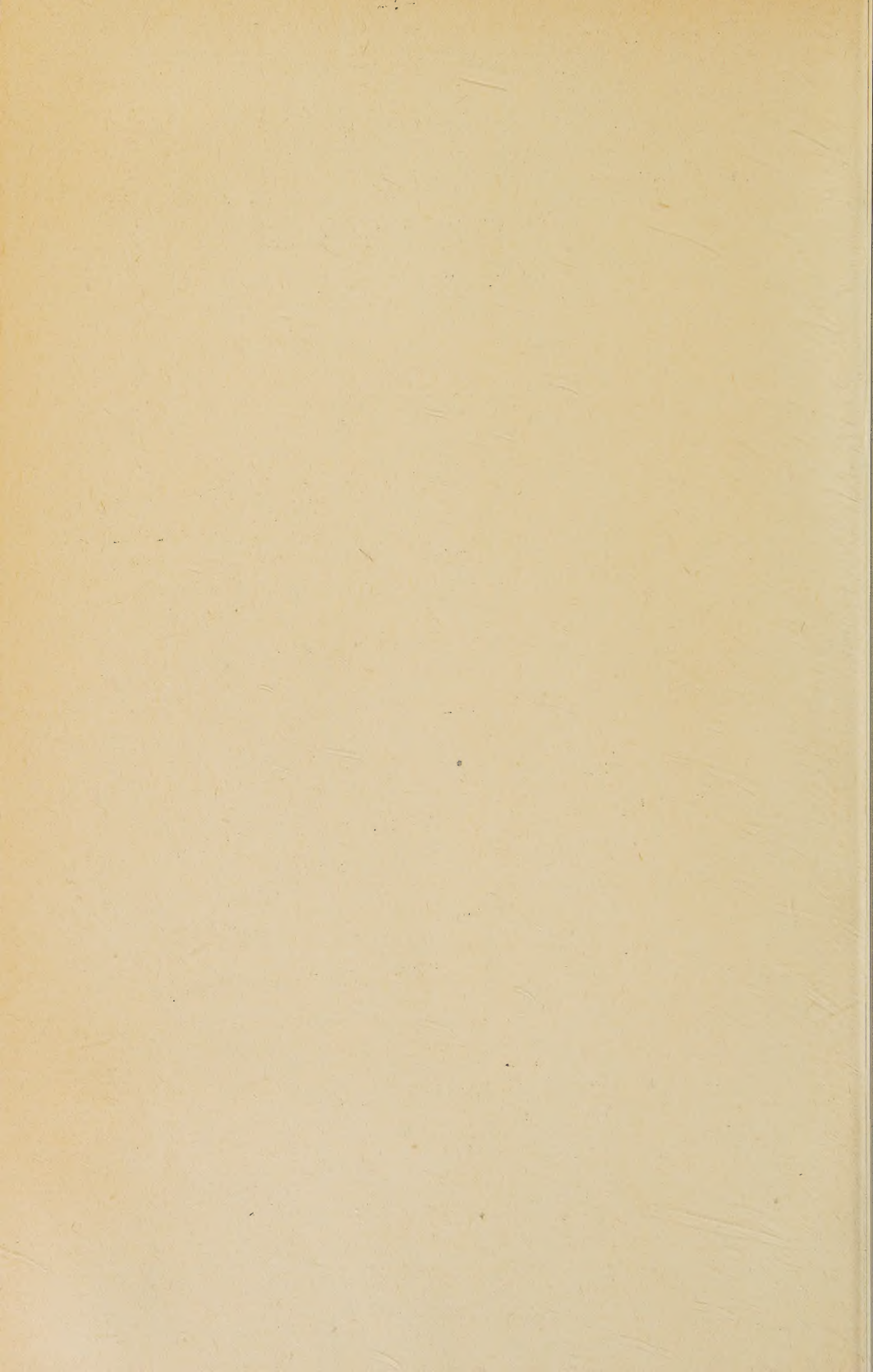
--:-

Président : Monsieur KOURILSKY (Professeur)

--:-

D.P. TAIB
8, rue Casimir-Delavigne
PARIS
1959.





PROFESSEURS HONORAIRES :

MM. AUBIN (A), BENARD (H), BROcq (P), BULLIARD (H),
 CADENAT (F), CHABROL (E), CHAMPY (C), CHEVALLIER (P),
 DEBRE (R), DONZELOT (E), GASTINEL (P), GUILLAIN (G),
 HALPHEN (E), HARVIER (P), HAZARD (R), HEUYER (G),
 LANTUEJOUL (P), LAROCHE (G), LAUBRY (C), LEVY-SOLAL (E),
 LHERMITTE (J), LIAN (C), LÖEPER (M), MARION (G),
 MATHIEU (P), MOCQUOT (P), MONDOR (H), MONOD (R),
 MOREAU (R), MULON (P), OLIVIER (E), RICHET (C),
 STROHL (A), TANON (L), VELTER (E).

DOYEN : Léon BINET
 Membre de l'Institut
 ASSESSEUR : Jean VERNE

I.- PROFESSEURS :

MM.

Anatomie	CORDIER (G)
Anatomie (Ch. à titre personnel)	DELMAS (A)
Anatomie pathologique	DELARUE (J)
Anesthésiologie	BAUMANN (J)
Bactériologie	FASQUELLE (R)
Biochimie médicale	JAYLE (F)
Biologie appliquée à l'Education physique et aux Sports	CHAILLEY-BERT (P)
Biologie médicale	FAUVERT (R)
Cancérologie médicale et sociale	BERNARD (J)
Clinique carcinologique	REDON (H)
Clinique cardiologique	MOUQUIN (M)
(Beaujon	SICARD (A)
(Cochin	QUENU (J)
Cliniques chirur--(Hôtel-Dieu	
gicales (Saint-Antoine	GOSSET (J)
(Salpêtrière	MOULONGUET (P)
Clinique de chirurgie infantile et orthopédique	FEVRE (M)
Clinique chirurgicale orthopé- dique et réparatrice	MERLE d'AUBIGNE (R)
Clinique de chirurgie cardio- vasculaire	de GAUDART d'ALLAINES
Clinique de chirurgie pleuro- pulmonaire	MATHEY (J)
Clinique endocrinologique	DECOURT (J)
Clinique génétique médicale	LAMY (M)
Clinique gynécologique	FUNCK-BRENTANO (P)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEGOS (R)
Clinique des maladies des enfants	CATHALA (J)

Clinique des maladies infertieuses	MOLLARET (P)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale	DELAY (J)
Clinique des maladies métaboli- ques	HAMBURGER (J)
Clinique des maladies du sang	MARCHAL (G)
Clinique des maladies du système nerveux	ALAJOUANINE (T)
	(Broussais..... GENNES (L. de)
	(Cochin..... JUSTIN-BESANÇON (L)
Cliniques médicales	(Hôtel-Dieu..... BARIETY (M)
	(Lariboisière..... SOULIE (P)
	(Pitié..... DREYFUS (G)
	(St-Antoine..... KOURILSKY (R)
Clinique médicale d'hydrologie thérap. et climatologie	DEBRAY (C)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT
Clinique médico-sociale du dia- bète sucré et des maladies de la nutrition	DEROT (M)
Clinique de neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D)
	(Baudelocque..... LACOMME (M)
Cliniques	(Port-Royal..... N...
obstétricales	(Tarnier..... VARANGOT (J)
Clinique ophtalmologique	RENARD (G)
Clinique oto-rhino-laryngologique	AUBRY (M)
Clinique de pédiatrie sociale	MARIE (J)
Clinique de pneumo-phtisiologie	BERNARD (E)
Clinique psychiatrique infantile	MICHAUX (L)
Clinique de puériculture	LELONG (M)
Clinique de rhumatologie médicale et sociale	COSTE (F)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M)
Clinique therap.chirurgicale	SENEQUE (J)
Clinique therap.médicale	LEMAIRE (A)
Clinique urologique	FEY (B)
Electrophysiologie médicale	DJOURNO (A)
Embryologie	GIROUD (A)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	N...
Histologie	VERNE (J)
Hygiène des collectivités (ch. à t. pers.)	DEPARIS
Hygiène et clinique de la pre- mière enfance	TURPIN (R)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (P)
Médecine du Travail	DESOILLE (H)

MM.

Médecine légale	PIEDELIEVRE (R)
Parasitologie	GALLIARD (H)
Pathologie chirurgicale	COUVELAIRE (R)
Pathologie exotique	LAVIER (G)
Pathologie expérimentale et comparée	LENEGRE (J)
Pathologie humorale et immunologie expérimentale (ch. à t. pers.)	MERKLEN (F.P)
Pathologie médicale	N...
Pathologie et therap.générales	GARCIN (R)
Pharmacologie et matière médicale	CHEYMOL (J)
Physiologie	BINET (L)
Physiologie (ch. à t. pers.)	BARGETON (D)
Physique médicale	DOGNON (A)
Radiologie médicale	DESGREZ (H)
Technique chirurgicale	PATEL (J)
Thérapeutique	BROUET (G)

II.- PROFESSEURS SANS CHAIRE, PROFESSEURS AGREGES ET MAITRES DE CONFERENCES-AGREGES

MM.

Anatomie	(CABROL (C
	(COUINAUD (C)
	(OLIVIER (G)
Anatomie pathologique	(GAUTHIER-VILLARS
	((Melle P) pr.s.ch.
	(BUSSER (F)
	(GOUYGOU (Ch)
	(ORCEL (L)
Anesthésiologie	(PAILLAS (J)
	VOURC'H (G)
	(NEVOT (A) pr.s.ch.
Bactériologie	(BARBIER (P)
	(CHRISTOL (D)
	(TOURNIER (P)
	(DESGREZ (P) pr.s.ch.
Biochimie médicale	(POLONOVSKI (J) m.conf.
	(SCHAPIRA (G) m. conf.
Biologie médicale	BOURLIERE (F) m.conf.
Carcinologie	(DENOIX (P)
	(MATHE (G)
Dermato-syphiligraphie	DUPERRAT (B)
Electro-radiologie	LEDOUX-LEBARD (G)
Embryologie	TUCHMANN-DUPLESSIS (H)
Hématologie	(BILSKI-PASQUIER (G)
	(DAUSSET (J)
	(COUJARD (R) pr.s.ch.
Histologie	(MAROIS (M)
	(RACADOT (J)

	MM.
Hydrologie	CORNET (A)
Hygiène	(BOYER (J)
	(CORRE-HURST (Mme L)
Maladies infectieuses	(BASTIN (R)
	(DUPONT (V)
	(DEROBERT (L)pr.s.ch.
Médecine légale	(HADENGUE (A)
	(FOURNIER (E)
	(GUENIOT (M)
Médecine du Travail	ALBAHARY (C)
Neuro-chirurgie	DAVID (M)
Neurologie	LHERMITTE (F)
	(GRANJON (A)
	(HERVET (E)
	(LE LORIER (G)
Obstétrique	(MORIN (P)
	(MUSSET (R)
	(ROBEY (M)
	(THOYER-ROZAT (J)
Ophtalmologie	(BREGÉAT (P)
	(SARAUX (H)
	(JUDET (R)
Orthopédie	(RAMADIER (J)
Oto-rhino-laryngologie	DEBAIN (J)
	(BRUMPT (L.C)pr.s.ch.
Parasitologie	(CHABAUD (A)
	(BARCAT (J)
	(BINET (J.P)
	(CAUCHOIX (J)
	(CHATELIN (C.L)
	(DUBOST (Ch)
	(DUBOST (Cl)
	(FAUREL (J)
Pathologie chirurgicale	(FLABEAU (F)
	(GERMAIN (A)
	(LAURENCE (G) agr.per.
	(LORTAT-JACOB (J.L)
	(LOYGUE (J)
	(MERCADIER
	(PERROTIN (J)
	(ROBERT (H)
	(THOMERET (G)
Pathologie exotique	SCHNEIDER (J)
	(CROSNIER (J)
Pathologie expérimentale	(HARTMANN (L)
	(LOEPER (J)
	(MAURICE (J)

	MM.
Pathologie expérimentale.....	(PLAS (F)
	(RICHET (G)
	(AUSSANNAIRE (M)
	(BOUR (H)
	(BOUVIER (J)
	(BOUVRAIN (Y)
	(BRICAIRE (H)
	(BRISSAUD (H)
	(BROCARD (H)
	(BUGE (A)
	(CASTAIGNE (P) m.conf.
Pathologie médicale.....	(CATINAT (J)
	(CONTAMIN (F)
	(COURY (C)
	(FREZAL (J)
	(HOUSSET (E)
	(LAROCHÉ (Cl)
	(LESOBRE (R)
	(MACREZ (C)
	(NICK (J)
	(PEQUIGNOT (H) m.conf.
	(ROYER (P)
	(WOLFROMM (R)
	(JOSEPH (R)
	(MANDE (R)
Pédiatrie-Puériculture.....	(MOZZICONACCI (P)
	(POLONOVSKI (C)
	(ROSSIER (A)
	(LEVY (Mlle J) pr.s.ch.
Pharmacologie.....	(BOISSIER (J)
	(LECHAT (P)
Physiologie.....	(PARROT (J) pr.s.ch.
	(DEJOURS (P)
Physique médicale.....	(GOUGEROT (L) m.conf.
	(KELLERSHON
Pneumo-ptisiologie.....	KREIS (B)
Psychiatrie.....	PICHOT (P)
Psychiatrie infantile.....	DUCHÉ (D)
Rhumatologie.....	DELBARRE (F)
	(CERNEA (P)
Stomatologie.....	(CHAPUT (Mme A) m.c.agr.
	(GRELLET (M)
Thérapeutique.....	(CHASSAGNE (P)
	(LAMOTTE (M)
Urologie.....	QUENU (L)

III.- PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent

MM.

MM.

Clinique chirurg.	(ABOULKER (P)	Clinique neuro-	
	(AMELINE (A)	rhumatol.....	SEZE (S. de)
	(HUGUIER (J)		(GRASSET (J)
	(LEGER (L)	Clinique obsté-	(LEPAGE (F)
	(OLIVIER (C)	tricale.....	(MAYER (M)
Clinique médicale	(PADOVANI (P)		(MERGER (P)
	(POILLEUX (F)		(RAVINA (J)
	(ROUX (M)	Clinique oph-	(DESVIGNES (P)
	(VERNE (J.M)	talmologique	(OFFRET (G)
	(HAGUENEAU (J)	Clinique oto-	
	(pr.s.ch.	rhino-laryng.....	MADURO (R)
	(BOUDIN (G)	Clinique pédia-	
	(CONTE (M)	trique et pué-	
	(DOMART (A)	riculture.....	LAPLANE (R)
	(MILLIEZ (P)	Clinique psy-	
	(PERRAULT (M)	chiatrique.....	BARUK (H)
	(RAMBERT (P)	Clinique uro-	
	(THIEFFRY (S)	logique.....	KUSS (R)
	(TURIAF (J)		

IV.- PROFESSEURS DETACHES DANS LES UNIVERSITES ETRANGERES

Bactériologie.....	MM. HAUDUROY (P)pr.s.ch.
Biochimie médicale.....	ETTORI (J) pr.à t.pers.
Pathologie chirurgicale.....	RUDLER (J) pr.s.ch.

Secrétaire général de la Faculté..... M. LENA (J)
 Secrétares..... Mme BEURLAND (H). Melle CHAINTREUIL (G)
 Melle HURE (A)
 Conservateur, chargé de la direction
 de la Bibliothèque..... M. le Dr. HAHN (A)
 Conservateurs Mellea DUMAITRE (P), GOICHON (A-M)
 Bibliothécaires Mme CONTET (J), Melles LAURENT (H)
 LE NOIR (G), QUIEVREUX (E)

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole
 a arrêté que les opinions émises dans les disserta-
 tions qui lui seront présentées, doivent être considé-
 rées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend
 leur donner aucune approbation ni improbation.

A ma Grand'Mère,

Avec mes plus affectueux
sentiments.

A mes chers Parents,

Avec toute mon affection.

A mes Beaux-Parents,

Avec toute ma reconnaissance.

A ma Femme et à mon Fils,

Avec toute ma tendresse.

A mes Frères et à ma Soeur,

A ma Famille,

A tous mes Amis.



A notre Président de Thèse,

Monsieur le Professeur R. KOURILSKY

Professeur de Clinique Médicale à la
Faculté de Médecine de Paris,
Médecin de l'Hôpital Saint-Antoine,
Officier de la Légion d'Honneur,

Qui nous a fait le grand honneur
d'accepter la présidence de
cette thèse.

Hommage respectueux.

A mes Maîtres de la Faculté de Médecine et
des Hôpitaux de Paris

Hommage respectueux.

A Messieurs les Membres de mon Jury de Thèse.

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ASSOCIATION CANCER-TUBERCULOSE
AU NIVEAU DU MEME POUMON

--:--



INTRODUCTION

-:-

La coexistence chez un même malade, au niveau d'un même poumon, de lésions tuberculeuses et d'une tumeur maligne a longtemps été considérée comme une éventualité rarissime, vraisemblablement due à une coïncidence toute fortuite. Certains auteurs allaient même jusqu'à penser que les deux affections agissaient en antagonistes, le tuberculeux pulmonaire étant, moins que tout autre sujet, exposé au cancer.

Divers facteurs semblent être responsables de l'actuelle multiplication de cas dans lesquels tuberculose pulmonaire et cancer broncho-pulmonaire s'associent chez un même sujet, soit que la tumeur maligne soit observée au cours de l'évolution d'une tuberculose pulmonaire, soit que les deux affections soient découvertes simultanément, soit encore, fait qui semble rare d'ailleurs, que le cancer ait, au moins cliniquement, précédé la tuberculose.

La fréquence de ces associations est réelle, puisqu'un même auteur peut en décrire simultanément plusieurs cas. Il était donc intéressant, tant du point de vue pratique que du point de vue dogmatique, de rechercher les éléments étiologiques, anatomocliniques, et aussi diagnostiques de ce double état morbide ; car la symptomatologie respiratoire est voisine, sinon identique, qu'elle soit provoquée par la bacillose, ou par un néoplasme broncho-pulmonaire, et le diagnostique, nous le verrons, risque d'être des plus délicats.

Sur le plan théorique, dogmatique, la question n'est pas moins importante ; car il serait intéressant de pouvoir trancher, par l'affirmative ou par la négative, la question de l'influence favorisante réciproque d'une affection sur l'autre. Que l'irritation locale qui accompagne la tuberculose puisse être un facteur cancérigène, cela est possible, et qu'inversement une lésion maligne crée un point d'appel aux germes, bacille tuberculeux compris, c'est encore une éventualité plausible.

Mais nous verrons que la découverte - sinon l'installation - des deux ordres de lésions se fait dans les deux sens, et il est difficile d'établir dans quel ordre réel l'association se fait le plus souvent, bien que la tuberculose première semble plus fréquente, d'après les constatations anatomo-cliniques et les hypothèses étiopathogéniques des deux maladies.

Du point de vue pratique encore, c'est le problème du diagnostic qui offre le plus d'intérêt et a le plus d'importance, car on comprend bien qu'en confondant une lésion avec l'autre, on risque et de laisser les choses évoluer jusqu'à atteindre un degré irréversible, un stade inopérable, en soumettant le malade à une thérapeutique qui n'est absolument pas indiquée. Nous verrons qu'il existe un certain nombre d'observations de cancers bronchopulmonaires traités par les traitements antibiotiques, parce que diagnostiqués pour une bacillose pure. Les problèmes thérapeutiques soulevés par l'association morbide qui nous occupe ne sont pas les moins importants.

°°°

C'est naturellement surtout sous l'angle pratique que nous aborderons le problème des

associations cancer-tuberculose pulmonaires.
Notre étude envisagera successivement :

- les conditions étiologiques dans lesquelles cette association se produit, âge, fréquence ;
- l'évolution anatomoclinique des deux lésions, en considérant les cas dans lesquels le cancer bronchopulmonaire est apparu (ou a été observé) en premier, la tuberculose pulmonaire lui faisant suite ;
- les cas dans lesquels la tuberculose a été la première en date, le cancer apparaissant secondairement (ce qui semble l'éventualité la plus fréquente) ;
- les cas dans lesquels tuberculose et cancer ont paru coexister d'emblée, ou ont, tout au moins, été découverts simultanément ;
- enfin, les éléments du diagnostic retiendront toute notre attention.

- II -

ETIOLOGIE

-:-

Une question, tout d'abord, se pose :

- la coexistence, au niveau d'un même poumon, de lésions tuberculeuses et d'une tumeur maligne est-elle ou non fréquente, cette fréquence étant bien entendu calculée d'après la fréquence des deux affections respectives observées isolément. Car il est bien évident que lorsque deux lésions sont fréquentes, leur association fortuite risque d'être elle aussi relativement fréquente.

La seconde question sera ensuite envisagée :

- dans quel ordre chronologique tuberculose et cancer apparaissent-ils au niveau du poumon ?

- enfin, y a-t-il un rapport de causalité, et lequel, entre ces deux lésions, ou celles-ci apparaissent-elles simultanément sous le simple effet de la coïncidence fortuite que nous venons d'invoquer ?

°°°

La fréquence de l'association tuberculose - cancer du poumon reste faible, mais elle est en net accroissement ces dernières années : ce qui semble devoir s'expliquer avant tout par le fait qu'isolément ces affections sont mieux

connues, donc plus facilement diagnostiquées, donc encore au moins en apparence, plus nombreuses ; cet accroissement numérique des deux affections isolément, et surtout du cancer pulmonaire, et donc de leur association, provient également de la longévité accrue, enfin aussi du retard de l'âge de la primo-infection - du fait des mesures de prophylaxie antituberculeuse - , les cas de tuberculose primitive du poumon étant retardés, l'âge du malade se rapprochant alors de l'âge où le cancer est le plus fréquent : autour de la cinquantaine.

DESMEULES, GARDEAU et RICHARD ont étudié de très près les résultats de 329 autopsies effectuées en dix ans à l'Hôpital Laval, à Québec. Dans deux cas seulement, il a été trouvé une association de tuberculose pulmonaire et de cancer bronchogène, soit une fréquence de 0,6 %. Par ailleurs, trois malades ont été vus par ces mêmes auteurs canadiens, où un épithélioma coexistait avec une tuberculose pulmonaire. Les tumeurs siégeaient dans un cas au niveau du poumon droit, dans le second cas, à gauche, et dans le troisième elles étaient bilatérales.

Chez un de ces malades, la tuberculose avait très nettement précédé le cancer ; chez le second, le cancer était le premier en date, et dans le troisième cas, il a été impossible de rétablir l'ordre chronologique du déroulement des faits. Les auteurs canadiens ne partagent d'ailleurs pas l'opinion émise par certains auteurs, et selon laquelle il existerait un antagonisme naturel entre les deux maladies, mais ils pensent que les prédispositions à ces affections sont différentes. Lorsque la tuberculose pulmonaire apparaît chez un malade porteur de cancer du poumon, il s'agit simplement de la réactivation d'une infection latente, ou encore de la dissolution d'un foyer ancien, entraînant la libération

de bacilles encapsulés jusque là. En tous cas, la fréquence de 0,6 % pour cette association morbide est bien inférieure aux chiffres cités dans d'autres statistiques ; c'est ainsi que pour LUBARSCH, 20,6 % des porteurs de cancer pulmonaire deviennent tuberculeux, et que 4,4 % des tuberculeux acquièrent une tumeur maligne. Pour DESMEULES et collaborateurs, le terrain qui favorise l'éclosion d'une bacillose ne mène pas souvent au cancer bronchogène.

Nous devons à J. DELARUE et à ses collaborateurs de très belles recherches sur l'association morbide qui nous occupe ici. Ces auteurs font état de 35 cas sur 200 pièces anatomiques, ce qui représente une proportion très élevée. 27 fois, il s'agissait de pièces opératoires, et 8 fois de pièces nécropsiques. Les lésions tuberculeuses observées en association avec un cancer bronchique ont occupé, sur 35 cas (18 % de l'ensemble des cancers étudiés) : 15 fois le parenchyme pulmonaire, 19 fois les ganglions et une fois les bronches. Ainsi, sur les pièces de cancer pulmonaire, la tuberculose a été présente dans 18 % des cas, dont 7,5 % tuberculose pulmonaire, 10 % tuberculose ganglionnaire, 0,50 % tuberculose bronchique.

Sur l'ensemble des cancers bronchiques, on trouve donc des lésions tuberculeuses du parenchyme pulmonaire dans 7 % des cas ; ce taux est voisin de celui qui a été cité dans des statistiques internationales réunissant 6.510 cas.

Cependant, la série de NUESSELE, comportant 96 autopsies de cancers bronchiques, ne trouve que 4,2 % de lésions tuberculeuses du parenchyme pulmonaire, BARZEL et KERN, sur 298 autopsies, trouvent 7,38 % tuberculoses, SEYFARTH sur 1.103 cancers bronchiques, signale la bacillose associée dans 11,42 % des cas.

Enfin une autre statistique de NUESSE englobant 1.325 autopsies pour cancer bronchique, indique une tuberculose pulmonaire active dans 6,4 % des cas.

Ces lésions pulmonaires tuberculeuses ont occupé surtout (81 %) le parenchyme tributaire de la bronche cancéreuse, mais dans 13 % des cas elles intéressaient le poumon controlatéral surtout le lobe supérieur, enfin dans 6 % la lésion tuberculeuse occupait le parenchyme tributaire de la bronche cancéreuse et le poumon controlatéral (série de DELARUE). Quant à la nature des lésions pulmonaires tuberculeuses, DELARUE la définit comme : lésions anciennes dans 26 % des cas, lésions évolutives dans 74 % des cas, tuberculomes dans 9 % des cas, cavernes dans 63 % des cas, pneumonie caséuse dans 19 % des cas, bronchiectasies tuberculeuses dans 9 % des cas. Les cavernes représentent donc la forme la plus fréquente des lésions évolutives.

Quant aux formes histologiques de la tumeur, elles sont représentées par des proliférations épidermoïdes dans 67 % des cas, des formes anaplasiques dans 33 % des cas.

La tuberculose des ganglions trachéo-bronchiques a été trouvée par DELARUE dans 10 % des cancers bronchiques. Toutes les formes de la tuberculose y sont représentées, avec cependant une grande prédominance (70 %) des aspects fibro-caséux hyalins, une image de tuberculose folliculaire dans 25 % des cas, des lésions caséuses exsudatives dans 5 % des cas seulement.

Dans la série de DELARUE enfin, la tuberculose bronchique s'est montrée rarissime en présence du cancer bronchique, et cet auteur n'en mentionne qu'un seul cas, sur lequel nous reviendrons, car il illustre bien les difficultés du diagnostic dans de telles

intrications locales de deux lésions si différentes.

°°°

Il nous faut maintenant envisager les aspects anatomo-cliniques qu'emprunte cette association morbide, les deux affections pouvant être constatées simultanément (ce qui ne veut pas dire que leur éclosion a été, elle, simultanée) ; ou bien l'une ou l'autre affection a été diagnostiquée en premier. Ces éléments cliniques nous permettront de discuter des théories de l'antériorité et du rôle favorisant attribué à l'une et à l'autre de ces atteintes broncho-pulmonaires.

-:-

- III -

EVOLUTION ANATOMOCLINIQUE

-:-

Nombreux sont actuellement les travaux qui soulignent la possibilité non exceptionnelle de voir coexister chez un même malade un cancer bronchique et une tuberculose pulmonaire - ou bronchopulmonaire. Nous ne retiendrons ici que les cancers primitifs des bronches, car les formes secondaires n'ont pas la même signification étiopathogénique.

Dès 1888, LUBASCH indiquait que les rapports réciproques des deux maladies peuvent chez un même sujet se manifester sous plusieurs aspects. JARNIOU, récemment, indiquait que l'association tuberculose pulmonaire - cancer primitif bronchique peut se produire selon cinq modalités différentes :

1° coexistence fortuite du cancer du poumon et d'une tuberculose pulmonaire notée dans les antécédents ;

2° lésions tuberculeuses anciennes primitives, puis développement secondaire d'un cancer pulmonaire ;

3° cancer pulmonaire préexistant, puis tuberculose pulmonaire surajoutée ;

4° tuberculose pulmonaire chronique, au cours de laquelle se développe un cancer primitif du poumon ;

5° enfin, évolution simultanée, mais sans influence réciproque, l'une sur l'autre, des deux affections.

Plus simplement, DELARUE classe ses observations en trois éventualités possibles :

1° le cancer bronchique domine la scène clinique ;

2° la tuberculose pulmonaire est patente ;

3° la tuberculose pulmonaire peut évoluer après la radiothérapie et l'exérèse chirurgicale d'un cancer bronchique.

Il est prudent de parler de prépondérance clinique, de diagnostic effectué en premier, plutôt que d'affirmer que la tuberculose, ou le cancer, sont bien le premier en date, cette précision chronologique ne pouvant être établie que dans un nombre restreint de cas.

Nous avons réuni un certain nombre d'observations que nous avons groupées, sans préjuger de l'étiopathogénie chronologique exacte des lésions associées, en :

- cancer observé en premier, la tuberculose en second ;

- tuberculose observée en premier, le cancer en second ;

- coexistence simultanée, lors du diagnostic, de la tuberculose pulmonaire et du cancer bronchique.

I.- Cancer diagnostiqué en premier, tuberculose en second.

DELARUE pense que parmi les différentes conceptions qui donnent à l'une ou l'autre lésion la précession chronologique, celle qui fait précéder le cancer reste la plus séduisante en regard des faits observés. ROKITANSKY pense qu'il existerait un antagonisme entre les deux affections, ce qui explique la rareté de leur coexistence. Pour MENETRIER, la tuberculose est la première en date, car elle joue le rôle d'une irritation chronique : elle doit donc être considérée comme une véritable lésion précancéreuse. Mais d'autres auteurs parlent de coïncidence facile à réaliser étant donné la fréquence des deux affections séparées : ce sont HUGUENIN, FAUVET et BOURDIN, enfin COOPER.

SERGEANT, puis les auteurs qui l'ont suivi, pensent que le cancer bronchique est responsable de réveils de la tuberculose pulmonaire ancienne, assoupie. Nous verrons que des calcifications tant au niveau des ganglions que du parenchyme, viennent vérifier cette possibilité.

Mais si on ne retient que les formes évolutives de la tuberculose du parenchyme pulmonaire, et leurs rapports avec le cancer bronchique, on constate avec DELARUE que les lésions tuberculeuses sont particulièrement fréquentes dans le parenchyme tributaire de la bronche cancéreuse, et que, en particulier au cours des carcinomes anaplasiques, les formes évolutives de tuberculose pulmonaire sont fréquentes.

On ne peut faire intervenir une pure coïncidence dans la localisation des lésions tuberculeuses au niveau du parenchyme précisément tributaire de la bronche cancéreuse. S'il y avait vraiment coïncidence fortuite dans l'association tuberculose - cancer,

les lésions bacillaires devraient siéger indifféremment, dans les divers territoires du parenchyme, et en particulier au sommet, le cancer occupant un point quelconque, même éloigné, du poumon. Inversement, en admettant que la tuberculose, première en date, favorise l'éclosion du cancer, par la voie bien connue de l'irritation chronique, on devra trouver des lésions tuberculeuses principalement au niveau des bronches : localisation rarissime, nous l'avons vu, alors que l'atteinte du parenchyme est de loin la plus souvent observée, souvent éloignée de la tumeur maligne.

La tuberculose pulmonaire en cas de cancer bronchique associé est très souvent de forme évolutive, les foyers tuberculeux sont récents. Or les cancers bronchiques connaissent fréquemment des évolutions lentes, torpides, s'étendant par exemple pour les carcinomes épidermoïdes et les épistomes en particulier, sur plusieurs années. Dans de tels cas, le cancer a certainement été le premier en date, et la tuberculose lui est secondaire. Quelques cas ont démontré avec netteté cet ordre de succession; ce sont les pneumonies caséuses faisant suite à une radiothérapie de la tumeur. Le cas de ROBBINS et SILVERMAN est intéressant à cet égard. Les auteurs ne préjugent pas de l'un ou l'autre ordre chronologique, mais cependant soulignent que les applications de rayons X pour cancer bronchique sont susceptibles de réactiver une tuberculose coexistante.

Pour DELARUE, dans la majorité des cas, tout se passe comme si la tuberculose avait succédé au cancer, avec apparition ou réveil des foyers tuberculeux au niveau du parenchyme pulmonaire tributaire d'une bronche néoplasique.

II.- Tuberculose diagnostiquée en premier, cancer en second.

C'est, parmi les observations anatomocliniques publiées, l'éventualité qui semble la plus fréquente, peut-être parce que le diagnostic de bacillose est plus aisé que celui de tumeur maligne bronchique.

Pour BENDA et ORINSTEIN, l'association de la tuberculose pleuro-pulmonaire et du cancer bronchique n'est nullement surprenante. La chronologie classique des accidents est presque toujours la même : "le cancer inaugure, la phtisie bacillaire, recréée par l'effraction d'un foyer ancien jusque là quiescent, ou par la réinfection installée à la faveur de la cachexie, continue sa carrière, intriquant ses symptômes à ceux de la tumeur maligne."

Cependant, deux observations de BENDA montrent qu'après une évolution abortive, la tuberculose, pleurale dans un cas, pulmonaire dans l'autre, a laissé ensuite la place au cancer :

Un homme de 51 ans est atteint de pleurésie séro-fibrineuse et traité avec résultat par suite de quoi l'épanchement disparaît, l'état général se relève. Mais l'image radiologique se transforme, et à l'ombre d'épanchement succède une ombre d'atélectasie avec surélévation du diaphragme et attraction médiastinale. La bronchoscopie montre une compression extrinsèque de la bronche souche gauche et la biopsie de la muqueuse indique un épithélioma indifférencié.

Dans un second cas de BENDA, un homme de 68 ans fait un épisode fébrile et hémoptoïque avec bacilloscopie positive et opacité dense du hile gauche. Un traitement streptomycinique améliore l'état général et stérili-

se l'expectoration, mais laisse persister l'opacité radiologique ; une bronchoscopie avec cytologie selon la technique de PAPANICOLAOU révèle un épithélioma glandulaire classe V. Il n'existe pas de localisation tumorale extra-pulmonaire. A la vérification nécropsique, seul le poumon est le siège d'un gros néoplasme péribronchique gauche.

Ces deux cas établissent sans conteste la précession d'un tableau notoirement tuberculeux, pleural ou parenchymateux, se compliquant d'une lésion maligne. Simple coïncidence, mais aussi éventualités selon lesquelles :

- un cancer au début, non encore révélé cliniquement, serait déjà capable d'entraîner un fléchissement de la résistance organique, permettant ainsi le réveil d'un foyer bacillaire ancien trop peu actif pour maintenir longtemps sa tendance évolutive ; mais il resterait à expliquer pourquoi et comment un cancer trouve le terrain favorable à sa progression, alors que ce même terrain fait tourner court la bacillose ;

- mais aussi tuberculose primitive, créant localement et peut-être aussi généralement les conditions favorables à l'évolution de la lésion maligne.

A ces hypothèses, il faut ajouter une note pratique : toute tuberculose inopinée de l'âge mûr, même d'évolution bénigne, doit faire penser à une tumeur maligne bronchique, et la rechercher.

JOLY a récemment publié quatre observations de cancers broncho-pulmonaires périphériques chez des tuberculeux ; dans trois cas, des antécédents de tuberculose pulmonaire étaient reconnus ; la lésion bacillaire motiva une intervention chirurgicale, et sur la pièce opératoire on put porter le diagnostic sura-

jouté d'épithélioma ; dans un quatrième cas, la notion de tuberculose fut établie par une bactériologie positive lors du dépistage de l'image radiologique.

Le premier cas concernait un homme de 56 ans aux longs antécédents de tuberculose, pleurésie avec séquelles radiologiques, puis lésions nodulaires apicales avec séjour en sana, ensuite une période de 16 années est occupée par une vie normale sous surveillance. On devait dépister une petite image sous-claviculaire gauche sans bacilloscopie positive, puis un épisode fébrile d'allure grippale entraînant un repos puis un séjour en sana, avec traitement antibiotique. Un foyer discret persiste cependant, homogène, avec des calcifications de voisinage, état général bon ; l'opacité augmente de volume, évoquant un possible néoplasme. La bronchoscopie reste négative, et on pratique une lobectomie supérieure gauche : histologiquement, épithélioma indifférencié à grandes cellules, les ganglions étant indemnes. Aux dernières nouvelles, quatre ans après l'exérèse, le malade est en bonne santé.

Chez un second malade, âgé de 55 ans, l'examen radiologique systématique révèle une opacité dense du sommet gauche et des séquelles de lésions tuberculeuses, calcifications, micro-nodules calcifiés, image scissurale de la partie moyenne du même poumon. Cette opacité, considérée comme tuberculeuse, est traitée sans effet par les antibiotiques pendant six mois. L'image s'est développée, précisée, elle est homogène ; la bacilloscopie, mais aussi la recherche de cellules cancéreuses sont négatives. On pratique une lobectomie supérieure gauche suivie de radiothérapie au cobalt, le décès survenant un an plus tard de métastases cérébrales. L'examen histologique de la pièce avait montré qu'il s'agissait d'un épithélioma cylindro-cubique

avec envahissement des ganglions.

Un troisième cas de JOLY concerne un homme de 31 ans chez qui une opacité dense du sommet droit est découverte à l'examen radiologique systématique. A gauche, on trouve des lésions nodulaires avec quelques infiltrats de voisinage. L'inoculation au cobaye est positive mais malgré les antibiotiques la masse apicale augmente de volume. Le malade est envoyé en sana, où l'on trouve une régression des lésions nodulaires, une augmentation de l'opacité, une négativation de la bacilloscopie, La bronchoscopie est normale, la recherche de cellules cancéreuses, négative. La lobectomie supérieure droite montre qu'il s'agit d'un épithélioma glandulaire qui semble s'être développé à partir d'une cicatrice tuberculeuse ; les ganglions prélevés sont indemnes. Sous antibiothérapie, on pratique une radiothérapie profonde. Treize mois plus tard, l'état est bon.

Enfin le dernier cas de JOLY concerne un homme de 38 ans aux antécédents tuberculeux ; au cours d'une radiographie de contrôle, dix ans après le début des accidents bacillaires, on constate une opacité de la base gauche, alors que l'expectoration demeure négative. Dix huit mois plus tard, le malade est asthénique, amaigri, et on l'hospitalise pour traitement antibiotique, ce qui n'empêche pas l'accroissement de la lésion. La bronchoscopie est négative, la recherche du B.K. et de cellules cancéreuses ne donne rien. On pense à une tumeur bénigne devant une masse dure bien limitée, constatée à la thoracotomie, et on pratique une exérèse limitée. Histologiquement, c'est un épithélioma à stroma remanié du type cylindrome ; aussi pratique-t-on une lobectomie inférieure secondaire. Les suites sont simples, et quelques mois plus tard le malade reste en bon état.

Chaque fois, c'est la notion de tuberculose qui a entraîné la mise en oeuvre du traitement antibiotique et, devant son manque d'action sur la lésion radiologique, qui a continué à s'étendre, on a dû penser à une tumeur. Mais ce n'est qu'après six à vingt quatre mois après l'apparition de la première image que le diagnostic et le traitement ont été ceux d'un cancer.

Souvent, il s'agit d'une tuberculose pulmonaire ancienne et guérie, cliniquement connue, ou décelée par les séquelles radiologiques. Le cancer broncho-pulmonaire est actuellement assez fréquent pour que devant ces images, on y pense autant qu'à une rechute de la tuberculose sous forme d'un foyer caséux plein : surtout si le sujet a atteint l'âge du cancer. Dans d'autres cas, plus rares, la tuberculose est récente, et bactériologiquement établie ; le traitement antibiotique fait régresser les lésions, mais secondairement l'image tumorale s'accroît, et le diagnostic est porté.

A sa phase latente, le cancer ne peut être diagnostiqué. Cette phase paraît longue, plusieurs mois, voire deux années, sans aucun signe fonctionnel ni atteinte de l'état général. La bronchoscopie n'avait pas ramené de cellules cancéreuses, la bronchographie ne donna pas d'images caractéristiques.

Dans les observations de DELARUE, les constatations anatomiques sont en faveur de la tuberculose ancienne, donc primitive, avec développement ultérieur du cancer. Les lésions bacillaires anciennes étaient calcifiées, et surtout occupaient fréquemment le parenchyme tributaire de la bronche cancéreuse. De plus, les formes évolutives ont été fréquentes au cours des carcinomes anaplasiques : dans ce cas, la tuberculose est donc récente. Or DELARUE insiste sur le fait que

les lésions tuberculeuses se trouvent non pas aux différents niveaux du parenchyme pulmonaire, mais surtout aux points où le parenchyme est le tributaire de la bronche cancéreuse. Si l'association n'était que fortuite, la tuberculose pourrait occuper n'importe quelle autre région du poumon.

Mais si la tuberculose était responsable du cancer, les foyers tuberculeux devraient occuper les bronches : or, c'est surtout le parenchyme, parfois même à grande distance, qui en est le siège.

Dans les formes évolutives, la tuberculose est donc récente, alors que bien des cancers bronchiques connaissent une évolution très lente, latente même pendant des années. Par conséquent, dans ces cas, la tuberculose est certainement postérieure au cancer. Pour DELARUE, tout se passe, dans la majorité des cas, comme si la tuberculose avait succédé au cancer. Réveil ou apparition de foyers tuberculeux dans le parenchyme tributaire d'une bronche néoplasique, ces constatations permettent donc de penser que la lésion tuberculeuse est déterminée par une cause déclenchante, générale ou régionale, cause qui peut être le cancer. Mais cette hypothèse laisse une large place aux tuberculoses antérieures, mais guéries, et simplement réveillées par l'évolution de la tumeur maligne. Un exemple de tuberculose précédant le cancer bronchique est fourni par le cas I de SCARINCI ; un homme de 50 ans qui réalise rapidement un tableau complet de tuberculose pulmonaire, avec sub-fébrilité, foyers nodulaires et micro-cavernes du lobe supérieur gauche, bacilloscopie constamment positive. On fait un pneumothorax sous couvert des antibiotiques, ce qui améliore la situation. Mais trois mois plus tard l'état s'aggrave à nouveau, avec amaigrissement, fatigue, toux, expectoration, dyspnée, hémoptysies, mais bacilloscopie négative. Une opacité dense, homogène est vue

sur les clichés, la bronchoscopie montre une sténose bourgeonnante de la bronche principale gauche : histologiquement, c'est un épithélioma épidermoïde. Le malade décède rapidement.

La tuberculose pulmonaire a donc précédé le cancer bronchique. Une opacité atélectasique massive s'est rapidement installée après régression des lésions bacillaires. Pour l'auteur, les deux maladies ont évolué sans retentir l'une sur l'autre, et d'ailleurs en des temps différents.

Un autre cas de SCARINCI concernait un homme de 46 ans atteint de tuberculose pulmonaire bilatérale ulcérée et infiltrée, occupant le lobe supérieur droit et le sommet gauche.

L'état général est altéré, avec toux, expectoration très bacillifère, le traitement consiste en antibiotiques et thoracoplastie droite. Deux ans plus tard, le côté gauche est nettoyé, à droite on trouve des signes d'une tuberculose ancienne fibreuse non évolutive ; les sécrétions bronchiques ne renferment pas de B.K. Un an plus tard, le malade revient pour des douleurs thoraciques, de la dyspnée d'effort, paroxystique la nuit. Les clichés portent une opacité dense, homogène, au niveau du lobe inférieur gauche ; à la bronchoscopie, sténose bourgeonnante de la bronche lobaire inférieure gauche, avec à l'examen histologique d'une biopsie, un aspect épithéliomateux mixte, correspondant à un épithélioma de type intermédiaire, cylindrique et épidermoïde. Les lésions tuberculeuses du poumon droit ne subissent aucune modification radioclinique, la bacilloscopie reste négative, et "les lésions sont restées totalement indifférentes pendant un an à la cachexie terminale cancéreuse". La vérification nécropsique confirma l'absence

de relation dans ce cas entre la tuberculose et l'épithélioma. La tuberculose, sans doute la première en date, a été jugulée par le traitement approprié ; alors qu'elle était dominée en trois ans, apparut le cancer. La solidité de la guérison de la tuberculose primitive a été prouvée par la non-reprise évolutive lors de la cachexie néoplasique.

Ces divers cas de SCARINCI ne sont pas en faveur de l'antériorité du cancer vis-à-vis de la tuberculose, mais il est difficile d'affirmer que la tuberculose primitive a été responsable de l'éclosion du cancer. Et l'auteur se rallie à l'opinion d'ETIENNE BERNARD, selon qui ces associations s'expliquent par le fait que "l'âge actuel de la tuberculose rejoint l'âge du cancer".

Citons encore de OUDET les sept observations de cancer bronchique primitif associé à la tuberculose pulmonaire. La localisation des deux affections a été concordante. Dans quatre cas la tuberculose a précédé le cancer, dans trois cas les deux maladies ont évolué simultanément. Ces faits ne permettent pas de considérer la tuberculose comme secondaire au cancer, et ce dernier peut se présenter comme une récurrence tuberculeuse au niveau de l'ancien foyer, comme une évolution à distance d'un foyer actif, ou encore il peut se développer dans une lésion cavitairre bacillifère.

°°

III.- Coexistence simultanée du cancer et de la tuberculose.

Il est possible que les cas illustrant cette éventualité sont vus à un moment donné de l'évolution, mais que dans la réalité des faits il y a bien eu précession de l'une ou l'autre lésion. Mais comme nous nous plaçons surtout sur un terrain pratique, ayant surtout en vue le diagnostic, nous citerons les

observations dans lesquelles cette simultanéité a été constatée lors de la découverte des deux affections.

Nous venons de voir que sur 7 cas, OUDET trouve trois fois une évolution simultanée des deux lésions. Le cas de SCARINCI est également de cette catégorie : un homme de 45 ans présente une altération de l'état général avec toux et expectoration bacillifère. Sur les clichés, une opacité non homogène du lobe supérieur droit prend bientôt un aspect étendu et massif, alors que la bacilloscopie se négative ; à la bronchoscopie on constate un bourgeon cancéreux obstruant la totalité de la bronche lobaire supérieure droite. A la biopsie : c'est un cancer épidermoïde qui semble avoir simulé cliniquement une tuberculose, l'erreur étant redressée par la bronchoscopie. L'émission de B.K. proviendrait de l'effondrement local d'un foyer tuberculeux ancien, "bacilles de sortie" selon SERGENT et FOURESTIER. On retrouve ici la notion d'expectoration bacillifère chez les cancéreux bronchiques.

Ces cas intriqués sont ceux qui donnent le plus facilement lieu à des erreurs de diagnostic. JACOB et DELAHAYE ont rapporté le cas d'un homme de 45 ans entré en sana avec le diagnostic de tuberculose pulmonaire et de coxalgie. En fait il s'agissait d'un cancer bronchique compliqué précocement d'une métastase iliaque gauche. Mais l'erreur était inévitable au moment où elle a été faite, car il y avait intrication d'une opacité rétractile du lobe supérieur droit et de lésions tuberculeuses bilatérales bacillifères.

Voyons maintenant les incidences pratiques de ces associations simultanées ou chronologiquement étagées et en particulier les éléments de leur diagnostic, car il est bien évident que toute méprise, toute méconnaissance de la nature exacte des lésions en cause

risquent d'entraîner des décisions thérapeutiques non appropriées, et en particulier, de faire perdre un temps irréparable dans l'exécution radicale que commande le cancer bronchique à son début.

- IV -

DIAGNOSTIC

--

Tous les auteurs qui se sont occupés des associations cancer bronchique - tuberculose pulmonaire ont insisté sur l'importance du diagnostic.

Soulignant l'actuelle fréquence de la coexistence des deux affections au niveau d'un même poumon, WEISSMAN montre que le diagnostic de cancer bronchique est fréquemment retardé chez ces malades, en particulier lorsque le traitement chimiothérapique fait régresser les lésions tuberculeuses. L'auteur a lui-même suivi 25 malades hospitalisés pour cancer bronchique entre 1946 et 1954. Ces cas ont été divisés en cinq catégories :

- le groupe I concernait les malades porteurs de cancer bronchique associé à une tuberculose pulmonaire active et qui ont été traités par la streptomycine, l'INH et le PAS : l'infection tuberculeuse a régressé, avec amélioration clinique et radiologique ;

- le groupe II comprenait des malades de même catégorie , mais chez qui la tuberculose pulmonaire n'a été traitée que par le repos au lit ;

- le groupe III associait le cancer bronchique avec une tuberculose pulmonaire stabilisée ;

- le groupe IV enfin réunissait des malades porteurs de cancer bronchique simulant une

tuberculose pulmonaire évolutive et traités pour elle.

- le groupe V concernait des cas de cancer bronchique pur, sans association morbide. Tous les malades de ce groupe, sauf un, ont été traités pendant une moyenne de six mois pour une symptomatologie respiratoire bénigne.

Cette série permet d'insister sur l'accroissement actuel des cas de tuberculose pulmonaire en activité chez des hommes de 50, 60 et même 70 ans : ce qui explique évidemment l'accroissement des cas d'association tuberculose-cancer, puisque ces âges sont ceux de la tumeur maligne du poumon en particulier, du cancer en général. Chaque fois qu'une tuberculose pulmonaire n'obéit pas à l'évolution de la maladie simple chez de tels sujets, il faut penser à une autre entité anatomoclinique. Il faut attacher plus d'importance aux données cliniques, et moins de valeur aux réponses de laboratoire. Les données fournies par la clinique concernent l'état général et l'habitus du sujet, la symptomatologie, l'évolution clinique, les images radiologiques et leur modification. Dans ce groupe d'âge, il ne faut pas perdre de vue l'éventualité du cancer bronchique, et la présence d'une tuberculose évolutive, ou stabilisée, la présence de B.K. dans l'expectoration, ne sauraient exclure la possibilité du cancer bronchique coexistant.

D'après une série personnelle de 14 cas, DELARUE précise trois aspects cliniques principaux de l'association tuberculose pulmonaire - cancer bronchique :

- le plus souvent, le cancer est aisément reconnu et la tuberculose difficile à identifier, parce qu'elle demeure torpide, ou parce qu'elle évolue sur un mode infectieux aigu, que

l'on est tenté d'attribuer à une surinfection banale ;

- dans d'autres cas, la tuberculose est évidente, mais certains caractères radiologiques peuvent faire soupçonner le développement du cancer, si l'on y pense systématiquement.

- Enfin, une tuberculose de type pneumonique peut compliquer un cancer traité par les rayons X ou la chirurgie.

La tuberculose est assez souvent bilatérale, mais son siège essentiel est du côté de la tumeur. Il faut donc rechercher des rapports topographiques étroits et aussi le caractère évolutif, caséifiant et suppurant habituel des lésions tuberculeuses, ce qui apporte des arguments en faveur du rôle pathogénique de la tumeur dans l'évolution de la tuberculose. La priorité clinique apparente de la tuberculose est due au fait que beaucoup de cancers bronchiques épidermoïdes ont une latence très prolongée.

Devant un tableau de tuberculose pulmonaire, il existe des signes de présomption susceptibles d'orienter le diagnostic vers celui de tumeur maligne :

- l'âge et le sexe du sujet : il s'agit toujours d'hommes de plus de 45 ans, mais nous avons trouvé des cas où le malade avait 30 ou 40 ans : c'est donc à partir de 30 ans qu'il faut penser au cancer bronchique.

- L'aspect radiologique des lésions est de grande importance : car c'est la seule traduction de la phase initiale. Classiquement, aucune image n'est absolument caractéristique du cancer bronchique, les aspects pouvant même être très voisins de ceux de la tuberculose, avec au sein de l'opacité dense, des cal-

cifications , ou au contraire une 'zone plus claire.

Certains aspects devront cependant faire suspecter le cancer. Telles les opacités denses et homogènes, aux limites assez nettes, de forme arrondie ou polylobulée, et surtout lorsque l'image est unique sur l'ensemble des champs pulmonaires. Toute opacité dont le diamètre est supérieur à 3 cm doit davantage faire penser au cancer qu'au tuberculome ; mais des dimensions moindres ne doivent pas non plus faire exclure le diagnostic de cancer bronchique.

Les tuberculomes occupent surtout une situation postérieure dans la concavité des arcs costaux latéro-vertébraux, dans le parenchyme des régions apicales et dorsales du lobe supérieur et du segment de Fowler. Les cancers bronchiques sont de siège plus variable, en particulier sus-hilaire antérieur. Par conséquent, toute opacité dense trouvée à l'examen radiologique d'un homme de plus de 30 ans, même s'il existe des antécédents tuberculeux, même si la bacilloscopie actuelle est positive , il faut penser au cancer bronchique, faire hospitaliser le malade, le soumettre aux examens complémentaires, et dès que le diagnostic de cancer est hautement probable, il faut intervenir sous le couvert des antibiotiques. Si, par impossible, l'on trouve un tuberculome, le traitement médical antituberculeux sera poursuivi post-opératoirement. Si le diagnostic de cancer est moins net, on peut prolonger le traitement médical sous surveillance radiologique attentive. Mieux vaut donc opérer trop tôt un tuberculome, que trop tard un cancer ; aussi deux à quatre semaines de traitement antituberculeux suffisent-elles pour effectuer la thoracotomie si l'image suspecte n'a pas répondu à la thérapeutique conservatrice.

CRINQUETTE, à la lumière de plusieurs observations personnelles, tuberculose et cancer pulmonaires associés, a récemment insisté sur l'augmentation de fréquence de cette coexistence, et sur les difficultés de son diagnostic. L'une et l'autre affections peuvent évoluer avec une séméiologie identique. Le vieillissement actuel de la tuberculose, le rajeunissement du cancer, sont réels ; et il devient nécessaire de mettre rapidement en oeuvre les examens complémentaires, bronchoscopie, broncho-aspiration et bronchographie lipiodolée.

La position du clinicien n'en demeure pas moins difficile ; car le diagnostic de malignité ne peut être fait que sur l'exérèse. On risque donc ou bien d'intervenir précocement, et de ne trouver qu'une lésion tuberculeuse, ce qui comporte si la préparation antibiotique a été écourtée, des risques de complications post-opératoires et de récurrence ultérieure de la tuberculose ; ou bien d'intervenir trop tardivement, et de trouver une tumeur maligne inopérable, ou déjà envahissante. "Le danger n'est pas seulement d'opérer trop tard un cancer périphérique, mais aussi d'opérer trop hâtivement un foyer caséux" (JOLY). Mais l'exérèse trop précoce d'un tuberculome étant malgré tout moins dangereuse que l'exérèse trop tardive d'une tumeur bronchique maligne, mieux vaut encore pêcher par excès que par défaut en matière de chirurgie...

CONCLUSIONS

:-:

I.- Nous assistons actuellement à une multiplication des cas de coexistence de tuberculose pulmonaire et de cancer bronchique chez un même malade ; ce que l'on explique par le vieillissement de l'âge de la tuberculose, et par le rajeunissement du cancer, en particulier, de sa localisation bronchique chez l'homme, à partir de l'âge de 30 ans.

II.- Cette association pose des problèmes doctrinaux intéressants : rôle favorisant de la tumeur maligne dans l'éclosion au niveau du parenchyme pulmonaire correspondant à la bronche cancéreuse, de foyers tuberculeux, ou dans le réveil de lésions bacillaires anciennes ; inversement, rôle favorisant de l'irritation infectieuse, tuberculeuse, dans l'éclosion du cancer. Mais la longue latence du cancer bronchique serait davantage en faveur d'une prédominance de la première hypothèse. Enfin, évolution parallèle mais sans retentissement réciproque des deux affections.

III.- Sur le plan pratique, les problèmes soulevés sont extrêmement importants. Le diagnostic de l'association cancer-tuberculose pulmonaires est difficile, la symptomatologie des deux lésions, leur traduction radiologique, peuvent se superposer. Il faut aussi savoir que la bacilloscopie peut être positive en dehors de toute tuberculose évolutive chez un porteur de cancer bronchique. Un as-

pect d'opacité dense, homogène, assez étendue, persistant après un traitement antibiotique efficace sur les signes fonctionnels et l'état général, est évidemment en faveur du cancer. Mais le diagnostic n'en est possible qu'à l'exérèse.

IV.- On se trouve donc pris entre deux alternatives : opérer trop tôt une lésion tuberculeuse, opérer trop tard une tumeur maligne. Si une erreur doit être faite, mieux vaut la première. Mais la multiplication des examens complémentaires, bronchoscopie, bronchographie, étude histologique, surveillance radiologique de l'évolution de l'opacité, doit pouvoir permettre un diagnostic souvent exact, dictant l'attitude thérapeutique la plus appropriée..

-:-

Vu :

Le Président :

signé : R. KOURILSKY

Vu :

Le Doyen :

signé : L. BINET

Vu et Permis d'Imprimer

Le Recteur de l'Académie de Paris

signé : Jean SARRAILH

- VI -

BIBLIOGRAPHIE

-:-

- G. ARNAUD, A. ROULET, G. FELMANN
Tuberculose pulmonaire et cancer primitif des bronches
Poumon et Coeur XIV n° 9 nov. 1958
- E. ATTINGER
Ueber die Kombination von Lungenkarzinom mit Lungentuberkulose
Oncologia III pages 140-162 1950
- R. BENDA, E. ORINSTEIN
Cancers broncho-pulmonaires précédés cliniquement par une tuberculose abortive
Presse Méd. LIX page 1114 18 août 1951
- F. BENDER
Primary pulmonary carcinoma associated with active pulmonary tuberculosis
Dis.of the Chest XXX 1956
- J. BERARD, ODE, MOULIN
Cancer et tuberculose pulmonaires.
Poumon XIV nov. 1958
- J. BRUN, P. COMBEY, R. PATIN
Tuberculose pulmonaire tertiaire et cancer primitif
Poumon XIV nov. 1958
- J. CRINQUETTE
Tuberculose et cancer pulmonaire associés. Les difficultés du diagnostic
Soc.Méd.Anat.Clin.Lille 21 mai 1958

DELAHAYE, JACOB , TREPS

Association de cancer bronchique et
de tuberculose. Difficultés du diag-
nostic

Journ.Fr.Méd.Chir.Thorac. n° 5 page 512
1953

J. DELARUE, J. PAILLAS

Les lésions tuberculeuses associées
aux cancers bronchiques. Etude anato-
mique

Journ.Fr.Méd.Chir.Thorac. VII pages 449-
467 1953

Presse Méd. LXIII pages 1788-1792
25 déc. 1955

P. EZRA

Tuberculose pulmonaire active et can-
cer primitif du poumon associé
Poumon et Coeur XI page 683 oct.1955

GOLDBERG, FIGUERAS, BARSHAY

Coexistent bronchogenic carcinoma and
active pulmonary tuberculosis
Dis. of Chest page 184 1952

H. HAUSER, N.M. GLAZER

Coexistence of tuberculosis and pul-
monary cancer
Radiology LXV pages 680-691 nov.1955

P. JACOB, A. DELAHAYE

Tuberculose pulmonaire et cancer
bronchique
Soc.Fr.Path.Resp. 10 mai 1953

H. JOLY, F.M. TOBE, F. CHARCOSSET

Cancers broncho-pulmonaires périphé-
riques chez des tuberculeux (4 observa-
tions)

Presse Méd. LXVII pages 1087-1090
27 mai 1959

- LE MELLETIER, Ph. DAUMET, J. PAILLAS
Epistome et tuberculose bronchiques
intriqués
Journ.Fr.Méd.Chir.Thoracique VI
pages 441-445 1952
- J.M. LEMOINE, P. GALY, R.G. TOURAINE
Calcifications ganglionnaires et cancer bronchique
Bull.Mém.Soc.Méd.Hôp.Paris LXXI
page 977 1955
- M. LETULLE
Tuberculose pulmonaire et cancer primitif du poumon
Presse Méd. XXVIII page 537 1920
- C. MOLINA, CORNET, ABERKONE, COSTAGLIOLA
Six cas d'association cancer-tuberculose pulmonaire
Soc.Pneumophtisiol. Algérie 13 avril 1957
- W.F. NUESSELE
Association of bronchogenic carcinoma and active pulmonary tuberculosis
Dis.Chest. XXIII page 207 1953
- P. OUDET, E. KOEGEL
Formes cliniques et radiologiques de l'association entre le cancer bronchique et la tuberculose pulmonaire
Revue Tub. page 369 1956
Poumon XIV nov. 1958
- H.R. PATERSON, J. BORRIE
Cancer of the lung during the treatment of pulmonary tuberculosis
Brit.Journ.Tub. XLIX pages 276-279 oct. 1955
- A. SAKULA
Carcinoma of bronchus in association with active pulmonary tuberculosis
Brit.Med.Journ. I page 978 1955

C. SCARINCI

Tuberculose pulmonaire et cancer primitif des bronches (A propos de trois observations)

Journ.Fr.Méd.Chir.Thorac. page 432 1955

Presse Méd. LXV pages 963-965 22 mai

1957

Ph. SCHWARTZ

Carcinome pulmonaire et tuberculose pulmonaire

Presse Méd. LXVI pages 1337-1340 16-23

août 1958 pages 1369-1371 6 sept. 1958

H. WEISSMAN

Bronchogenic carcinoma and pulmonary tuberculosis. Problems in diagnosis with special reference to antituberculous chemotherapy

Am.Rev.Tub. LXXIII pages 853-867 juin

1956

TABLE DES MATIERES

-:-

	Pages
I.- Introduction	15
II.- Etiologie	18
III.- Evolution anatomoclinique	23
IV.- Diagnostic	37
V.- Conclusions	42
VI.- Bibliographie	44

-:-

SERMENT

--

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers Condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes Confrères si j'y manque !

--

